



가입 신청서

Sign-up form

건강 계획을 선택하거나 또는 파-포-서비스를 선택하기

케이스 번호		
클라이언트 이름		
클라이언트 주소		
시	주	우편 번호

1. 귀하의 건강 계획을 고르십시오. 건강 계획이나 파-포-서비스를 선택하기 위해서 이 양식을 사용하십시오.

- 관리되어지는 건강 계획과 파-포-서비스와의 차이점을 더 잘 알기 위해서는 이 우편물에 동봉된 파랑색 안내장을 보십시오. 그 내용은 파란색 종이 앞뒤 양면에 있습니다.
- 귀하의 지역에서 다뤄지는 건강 계획을 더 알기 위해서는 이 우편물에 동봉된 초록색 안내장을 보십시오. 하나 이상의 건강 계획이 있을 수도 있습니다. 초록색 안내장이 한 장이 상일 수도 있습니다.
- 각 장에서는 귀하가 질문이 있을 경우를 대비해 전화번호를 기입했습니다.
- 만일 귀하가 하나의 건강 계획을 선택하기 원하고 귀하가 원하는 특정한 의사들이 있다면, 그들이 헬디 옵션 건강 계획을 취급하는지 전화로 확인하시기 바랍니다. 귀하가 하나의 건강 계획에 가입하였을 때, 귀하는 오직 그것을 다루는 의사들만 보셔야 합니다. 귀하는 귀하가 원하는 의사들을 이 양식의 뒷면에 기입하실 수 있습니다.
- 만일 귀하가 파-포-서비스를 선택하기 원하고 귀하가 원하는 특정한 의사들이 있다면, 그들이 귀하의 의료보험증을 받아 귀하의 의료관리 비용을 의료 보조기관에 보낼 것인지 전화로 확인하시기 바랍니다. 만일 귀하가 파-포-서비스를 고르신다면, 귀하는 이 양식의 뒷면에 있는 3번을 작성하실 필요가 없습니다.

귀하 자신과 귀하의 의료보험증에 있는 사람들의 의료 관리를 어떤 것으로 하실지 하나를 선택해 주십시오.

건강 계획 _____

파-포-서비스

건강 계획의 이름을 적어주십시오

(건강 계획의 이름을 알기 위해서 이 우편물에 동봉된 초록색 장을 참조하십시오.)

2. 귀하의 의료 확인 카드에 들어 있는 사람중에 누가 임신중 입니까?

귀하, 또는 귀하의 의료보험증에 있는 사람중에 임신한 사람이 있습니까?

아니오

예 → 누가 임신 했습니까? 이름: _____ 해산 예정일: _____

그녀가 그녀의 임신으로 인해 보는 의사나 의료 제공자는 누구입니까?

의사 이름: _____ 사무실 전화번호: _____



3. 만일 귀하가 귀하의 의료 관리를 위해 하나의 건강 계획을 고르신다면, 귀하는 대부분의 또는 모든 관리를 위해 그 계획을 취급하는 한 사람에게 가게 될 것입니다. 그 사람을 귀하의 PCP라고 부르는데, 이는 일차 제공자라는 뜻입니다. 귀하의 PCP는 의사일 수도 있고, 개업 간호사, 또는 의사 보조 일수도 있습니다.

만일 귀하가 하나의 건강 계획을 선택하신다면, 귀하와 귀하의 의료보험증에 있는 각 사람은 귀하가 원하는 PCP를 선택하실 수 있습니다. 만일 귀하가 귀하의 PCP로 원하는 의사가 있고, 그 의사가 귀하가 고른 건강 계획을 취급한다면, 아래에 그들의 이름을 적어주십시오.

그 건강 계획에서는 귀하가 아래에 적어주신 PCP에게 진료를 받을수 있는지 확인하여 알려 드리겠습니다. 만일 귀하가 이 양식에 있는 PCP의 이름을 적지 않으신다면, 그 건강 계획에서는 귀하가 서명하신 후에 귀하의 PCP를 찾도록 노력 하겠습니다.

귀하의 <u>의료보험증</u> 에 있는 사람의 이름	귀하는 이 사람을 위해 어떤 의사를 PCP로 원하십니까? (PCP로 적은 모든 의사들이 건강계획에 들어있어야 합니다. 만일 확실치 않다면, 그들에게 전화하여 그들이 귀하가 원하는 건강계획에 들어있는지 확인하십시오.)
PCP 이름	사무실 전화번호:
만일 귀하의 의료보험증에 속해있는 사람들의 이름이 여기에 명시되지 않았다면, 그들의 이름과 그들이 원하는 PCP를 다른 종이에 적어주십시오.	

4. 특별한 건강 관리가 필요한 자녀들

귀하의 의료보험증에 있는 자녀들 중에서, 특별한 의료 장애가 있거나 발육부진의 자녀가 있습니까?
<input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 예 → 자녀(들)의 이름과 특별한 의료 장애(들)를 적으십시오: _____

5. 이 가입 신청서를 보내 주십시오. 귀하가 이 양식의 모든 면을 작성하였으면, 이 봉투에 들어있는 반송봉투에 넣어서 그것을 저희에게 보내주시기 바랍니다. (우표는 필요 없습니다.) 만일 반송봉투가 없다면, 이 양식을 다음 주소로 보내주십시오. Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.